Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 81, rue de Saints Pètres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 81, rue de Saints Pères w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Do dzisiejszego Numeru dołącza się odbitkę z Münchener Medicin. Wochenschrift Nr. 23 i 24 1898, zawierającą pracę ***Doc. Dra Karola Ullmana p. t. „Ueber Vasogene als Vehikel für locale Hautbehandlung“.***

Rok XXXVIII. Kraków, 4 Lutego 1899. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.

Podał

Dr. Maksymilian Rutkowski.

Wielka ilość ogłoszonych w ostatnich latach prac z zakresu niedrożności jelit, świadcząca o żywotności tematu i trudnościach, napotykanych przy badaniu tego zawikłanego zagadnienia, nie zdołała jednak wyrównać różnic w zapatrywaniach poszczególnych autorów, choćby tylko w tak zasadniczych sprawach, jak objawy kliniczne. Najważniejszym tego powodem, zdaje się, jest brak prac, opartych na wielkim a jednolitym materyale klinicznym.

Jedynym w tym względzie wyjątkiem jest znakomita praca Obalińskiego, ogłoszona w roku 1893 na podstawie 110 przypadków, operowanych przez niego z powodu objawów niedrożności (*„ileus“*). Od r. 1893 aż do końca zasłużonego życia niezapomniany Profesor pracował usilnie w wytkniętym kierunku, a owocem tych trudów miało być dzieło, oparte na jeszcze większem doświadczeniu, zebranem w ostatnich latach sześciu.

Postępując zatem w myśl zmarłego Profesora, zebrałem materyał z całej działalności Obalińskiego na tem polu, obejmujący 156 przypadków t. j. 91 ogłoszonych już przez Obalińskiego w r. 1893 i 65 przypadków leczonych w ostatnich latach sześciu, a jeszcze nie ogłoszonych. Różnica pomiędzy statystyką Obalińskiego z r. 1893 a niniejszem zestawieniem jest ta, że Obaliński rozpatrywał w swej pracy wszystkie przypadki, które operował z powodu objawów niedrożności (*„ileus“*); w mojem zaś zestawieniu odpowiednio do życzenia Obalińskiego pomieściłem tylko przypadki niedrożności jelit wewnętrznej na tle mechanicznem. Z tego też względu musiałem ze statystyki dawnej opuścić przypadki zebrane:

1) W tab. V. pod tytułem: Niedrożność jelit wywołana zapaleniem otrzewnej dziurawiącem *(occlusio intestinorum interna ad peritonitidem perforativam)* przypadków 9.

2) W tab. XIII.: Zapalenie otrzewnej *(Peritonitis)* przypadków 3.

3) W tab. XIV.: Przepukliny uwięzgnięte ukryte *(Herniae incarceratae occultae)* przypadków 6.

4) Wreszcie w tab. XII.: Niedrożność jelit, wywołana przez ucisk *(occlusio intestinorum e compressione)* przypadek 1 (100).

Cały materyał zestawiłem w 15 tablicach wedle rodzaju niedrożności. Przypadki uwzględnione w dawnej statystyce oznaczono *.

TABLICA I.

Skręt kiszki esowatej. ***Torsio flex. sigm.*** **Przypadków 31.**

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
1*	Wincenty R., l. 27.	8 dni	Brzuch jednostajnie wzdęty. Wymioty kałowe. Ruchów niema.	*Occlussio intestin.*	*Laparotom. Detorsio.*	*Peritonitis universalis.*	*Torsio flex. sigm.*	*Mors* w 48 godzin.	Stolec zaraz po odkręceniu.
2*	Aron Alter, l. 20.	5 dni	Podobne przypady już kilkakrotnie. Znaczne bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Ruchów robaczk. niema. Wymioty skąpe. Przelewanie się w jelitach. Siły dobre.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparotom. Punctio Detorsio.*	Kiszka gruba rozdęta, różowa. Jelito cienkie i kiszka prosta zapadnięte. W jamie otrzewnej płyn jasny.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanatus* 10 dnia	Stolec zaraz po odkręceniu.
3*	Tenże, w 4 miesiące później.	8 dni	Obraz niejasny. Ciepłota 38·7.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Laparot. Detorsio punctio.*	Płyn w jamie otrzewnej. Jelita cienkie rozdęte, nastrzykane.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* 3 dnia.	Sekcya wykazała przedziurawienie jelita z powodu wrzodu tyfusowego. Przy rozpoznaniu przed operacyą opierano się głównie na przypuszczeniu nawrotu.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
4*	Majlech Fürst, l. 46.	8 dni	Wymioty późno się pojawiły. Bóle znaczne. Wzdęcie niejednostajne.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis incipiens.*	*Laparot. Anus praeter naturam.*	Otrzewna silnie nastrzykana.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* 9 dnia.	Stolec kilka razy po operacyi.
5*	Błażej Pająk, l. 60.	10 dni	Był przed 8 dniami w szpitalu, lecz nie zgodził się na operacyę. Rysunek jelit rozdętych wybitny, siły słabe.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Laparot. Detorsio.*	—	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w kilka godzin.	Sekcya stwierdziła zapalenie otrzewnej, które wyszło od krezki pętli esowatej.
6*	Jakób Górnisiewicz, l. 37.	4 dni	Wymiotów niema. Bóle napadowe. Ruchu robaczkowego niema. Wzdęcie miejscowe b. wybitne.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Detorsio.*	Kiszka esowata rozdęta, skręcona i silnie zaczerwieniona.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanatus* w 14 dni	Po odkręceniu zaraz stolec.
7*	Tenże w rok później.	3 dni	Wymiotów niema. Bóle znaczne. Ruchu robaczk. niema. Wzdęcie miejscowe wybitne.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Detorsio.*	*Peritonitis.*	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* 4 dnia.	Po odkręceniu stolec. Sekcya stwierdziła zapalenie otrzewnej, które wyszło z krezki pętli esowatej.
8*	Izrael Brandt, l. 72.	4 dni	Wzdęcie jednostajne, wymioty, bóle ciągłe, czkawka.	*Occlusio intest. subs. peritonitid.*	*Laparot. Enterotom. Detorsio.*	Cała kiszka gruba powyżej pętli esowatej silnie rozdęta. *Peritonitis.*	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* 4 dnia.	Polepszenie przez 2 dni, poczem objawy zapalenia otrzewnej wzmagają się.
9*	Marya Żuchanicka, l. 53.	7 dni	Wymioty późno. Ruchy robaczkowe wzmożone. Wzdęcie miejscowe wybitne.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Detorsio.*	—	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 18 dni	W kilka godzin obfity stolec.
10*	Ta sama w 5 tygodni później.	18 godzin	Wymioty kałowe, bóle znaczne, wzdęcie miejscowe.	*Torsio flex. sigm.*	*dtto*	—	*dtto*	*Mors* 10 dnia.	Stolec podczas operacyi, później ciepłota do 38·7. Język suchy. Biegunka.
11*	Franciszka Jamrozik, l. 40.	5 dni	Znaczne bóle napadowe. Siły słabe. Wzdęcie miejscowe wybitne.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Enterotom. Detorsio.*	Kiszka esowata tak rozdęta, że dała się odkręcić dopiero po enterotomii.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 8 dni.	
12*	Ta sama w 10 miesięcy później.	24 godzin	Wymiotów niema. Bóle napadowe. Ruch robaczkowy wzmożony. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*Laparot. Resectio flex. sigm.*	—	*dtto*	*Sanata* w 3 tygodnie.	Dla uniknięcia nawrotu wycięto całą kiszkę esowatą.
13*	Hinda Teichner, l. 45.	12 dni	Siły słabe. Wymiotów niema. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*Laparot. Resectio flex. sigm.* 47 cm.	—	*dtto*	*Mors* w 24 godzin.	*dtto*
14*	Marcin Nowak,	5 dni	Zapad. Ruch robaczkowy wzmożony. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*Laparot. Detorsio.*	—	*dtto*	*Sanatus* w 14 dni	
15*	Mordko Knispel, l. 60.	5 dni	Wymiotów niema. Ruch robaczkowy nie widoczny. Przelewanie się. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*Laparot. Resectio flex. sigm.* 56 cm.	—	*dtto*	*Mors* w 4 tygodnie.	Sekcya wykazała zapalenie płuc. Miejsce szwu zupełnie zagojone.
16*	Franciszek Owczarz, l. 33.	4 dni	Siły dobre. Wymiotów niema. Bóle napadowe. Ruchu robaczkowego niema. Wzdęcie miejscowe wybitne.	*dtto*	*Laparot. Detorsio.*	—	*dtto*	*Sanatus* w 3 tygodnie.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
17*	Kobieta A—Z., l. 59.	3 dni	Siły dobre. Wymiotów niema. Przelewanie się płynu. Bóle napadowe. Ruchów robaczkow. niema. Wzdęcie miejscowe.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Detorsio.*	Przy laparotomii znaleziono rozdęcie tylko kiszki esowatej.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 4 tygodnie.	
18	Mortko Goldner, l. 19.	10 dni	Nagle gwałtowny ból. Wymioty dopiero po 3 dniach choroby. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej miejscowo kiszki esowatej podczas bólu.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio Enterotom.*	Kiszka gruba powyżej skrętu i część jelita biodrowego rozdęte.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanatus.*	
19	Tomasz Tiszczenko, l. 58.	6 dni	Nagle silny ból. Wymioty tylko raz obok bólu stałego; silne bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Ruchów niema.	*dtto*	*Detorsio Colopexia.*	Kiszka gruba powyżej skrętu rozdęta. Otrzewna zaczerwieniona.	*dtto*	*Mors* w 48 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
20	Izrael Ellenbogen, l. 69.	4 dni	Przewlekło zaparcie stolca. Siły słabe. Bóle napadowe. Bolesność przy ucisku. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*dtto*	Otrzewna nastrzykana, przyćmiona.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w 3 dni.	*dtto*
21	Wojciech Musialski, l. 45.	5 dni	Od dłuższego czasu zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego. Siły b. słabe. Bóle napadowe. Bolesność znaczna. Ruchów niema. Wzdęcie niejednostajne.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Resectio flex. sigm.*	Kiszka esowata zgorzelinowa, otrzewna przyćmiona.	*Torsio flex. sigm. Gangraena flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w 24 godzin.	*dtto*
22	Krystyna Miarka, l. 55.	3 dni	Od 3 tygodni zaburzenia jelitowe. Stan ogólny dość dobry. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się kiszki wśród napadu bólu.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio Entero-anastomosis.*	Kiszka gruba powyżej skrętu silnie rozdęta. Kiszka esowata po opróżnieniu ma dążność do skręcenia się o 180°.	*Torsio flex. sigm.*	*Mors* w 8 dni.	Entero-anastomosis wykonano ze względu na dążność kiszki esowatej do skręcenia się. Sekcya wykazała zapalenie płuc.
23	Tomasz Bieniek.	4 dni	Nagle gwałtowne bóle. Siły słabe. Wymiotów niema. Bóle napadowe obok stałych. Wzdęcie miejscowe. Ruchów niema.	*dtto*	*Detorsio.* Przyszycie sposobem Roux'a.	Kiszka gruba i część jelita biodrowego rozdęte.	*dtto*	*Mors* w 5 dni.	Sekcya: *Peritonitis.*
24	Józef Skorus, l. 68.	8 dni	Nagłe bóle. Zapad. Nudności. Bóle stałe. Bolesność znaczna. Wzdęcie niejednostajne. Ruchów brak.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Resectio, anus praeter naturam.*	Kiszka esowata zgorzelinowa. Przedziurawienie. Kał w jamie brzusznej.	*Torsio flex. sigm. Gangraena flex. sigm. Peritonitis perforativa.*	*Mors* w kilka godzin.	*dtto*
25	Dwojra Greschler, l. 53.	3 dni	Nagle bóle. Wymioty kilka razy z początku. Siły dobre. Bóle napad. Wzdęcie miejscowe. Ruchów brak.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio.* Przyszycie sposobem Roux'a. Worek Mikulicza.	Kiszka gruba powyżej skrętu rozdęta.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 25 dni.	
26	Antoni Lembas, l. 72.	4 dni	Zapad. Wzdęcie jednostajne. Bóle ciągłe. Bolesność znaczna. Ruchów brak. Wymioty ciągłe.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Resectio, anus praeter naturam.*	Kiszka esowata zgorzelinowa.	*Torsio flex. sigm. Gangraena flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w 6 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*

L. p.	Imię, nazwisko, wiek.	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
27	Franciszek Owczarz, l. 35. (patrz L. p. 16*).	2 dni	Wymioty kilka razy dziennie. Bóle napadowe. Bolesność nad talerzem biodrowym lewym. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej pętli.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio.* Worek Mikulicza.	Kiszka gruba powyżej skrętu rozdęta.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanatus* w 23 dni.	Operowany z powodu skrętu kiszki esowatej przed 3 laty.
28	Tenże.	3 dni	Stan dobry. Bóle napadowe. Wymioty. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej kiszki.	*dtto*	*Detorsio.* Przyszycie sposobem Roux'a. Worek Mikulicza.	*dtto*	*dtto*	*Sanatus* w 14 dni.	Obecny skręt już po raz trzeci, przedostatnia operacya przed 7 miesiącami.
29	Franciszek Taraszek.	?	Zapad. Wymioty ciągłe. Bolesność znaczna. Wzdęcie niejednostajne. Ruchów niema.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Resectio flex. sigm.*	Kiszka esowata zgorzelinowa.	*Torsio flex. sigm. Gangraena flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w 6 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
30	Marya Matysik.	4 dni	Stan dość dobry. Wymiotów brak. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej pętli.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio.* Worek Mikulicza.	Kiszka gruba powyżej skrętu rozdęta.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 16 dni.	
31	Jan Bednarczyk.	4 dni	Stan dobry. Wymiotów niema. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej pętli.	*dtto*	*dtto*	*dtto*	*dtto*	*Sanatus* w 30 dni.	

Z zestawienia tego wynika, że u ludzi w wieku średnim, gdyż 21 razy między 30 a 60 rokiem życia, nagle wśród zupełnego zdrowia pojawiały się gwałtowne bóle napadowe obok bólu stałego bez dokładnego zazwyczaj umiejscowienia wraz z zupełnem zatrzymaniem stolca i wiatrów. Wymiotów albo całkiem nie było, albo pojawiały się późno. Wymioty kałowe wystąpiły tylko u 2 chorych, a mianowicie raz (przyp. 10) już po 18 godzinach, w drugim zaś przypadku (1) po 8 dniach choroby. Bóle napadowe wzmagały się tak co do nasilenia jak i częstości. W czterech przypadkach (8, 24, 26, 29.) z bólami jednostajnymi znaleziono wśród operacyi zapalenie otrzewny, a z tych w 3 (24, 26, 29.) zgorzel kiszki esowatej.

Badanie dokonywane wśród rozmaitego okresu choroby, gdyż począwszy od 18 godzin aż do 12 dnia choroby (średnio dni 5), wykazywało brzuch znacznie, niejednostajnie wzdęty z dokładnie widocznem i wyczuwalnem wzdęciem miejscowem w postaci wału obłego, nieruchomego, ciągnącego się od talerza biodrowego lewego ku dołkowi podsercowemu lub podżebrzu prawemu, o ostrych zarysach, powierzchni równej. Wypuk nad nim był wysoki bębenkowy. W 6 przypadkach (1, 8, 21, 24, 26, 29.) wzdęcia miejscowego nie wybadano. Ruchy robaczkowe jelit dostrzeżono tylko 3 razy (9, 12, 14.) W 6 przypadkach (18, 22, 27, 28, 30, 31.) było wybitne stawianie się rozdętej miejscowo pętli jelitowej.

Przebieg choroby w tej formie niedrożności bywał bardzo różnorodny, począwszy od bardzo gwałtownego aż do obrazu prawie przewlekłego, co odpowiednio do poglądów Samsona należy odnieść do siły skręcenia.

Leczenie polegało we wszystkich przypadkach na szerokiem otwarciu jamy brzusznej i wykonaniu stosownie do znalezionych zmian patologicznych, odpowiedniego zabiegu.

Zapalenie otrzewny znaleziono 9 razy (3, 4, 8, 10, 19, 21, 24, 26, 29.) z tego w 4 przypadkach (21, 24, 26, 29) zgorzel kiszki esowatej. Wobec tego odkręcono kiszkę 26 razy, przyczem w 4 przypadkach nadmiernego rozdęcia kiszki esowatej nacięto ją dla wypuszczenia nagromadzonej treści. 3 razy ze względu na pośpiech w operacyi wobec zapadu chorego założono rzyć sztuczną po poprzedniem wycięciu zgorzelinowej pętli (4, 24, 26.). Wreszcie 2 razy (21, 29.) wycięto zgorzelinową pętlę i założono szew okrężny. (C. d. n.).

II. Z oddziału ocznego Prof. Dra Macheka we Lwowie.

O zastosowaniu protargolu w okulistyce

Podał
Dr. Adam Szulisławski,
sekundaryusz oddziału ocznego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Chcąc ułatwić czytelnikowi wyrobienie sobie ile możności wszechstronnego poglądu na działanie protargolu w ostrym śluzoropotoku, wybieram z szeregu leczonych w ten sposób przypadków, trzy najznamienniejsze, z których każdy przedstawia odrębne, właściwe sobie cechy, a które razem dają dość dokładny obraz tej choroby, ze wszystkiemi mniej więcej możliwemi powikłaniami i we wszystkich jej okresach.

I. S. K. 18-letni student gimn. przybył 3-go dnia po wybuchu choroby na lewem oku. Powieki były tak silnie obrzmiałe, że odwrócenie górnej niemałe przedstawiało trudności. Spojówka powiek pokryta szarą wypociną błoniastą. Spojówka gałki obrzmiała (chemotyczna), tworzy gruby, twardy wał, okalający rogówkę i pokrywający rąbek i brzeg rogówki, której powierzchnia dotychczas nie przedstawia wprawdzie żadnego ubytku, ale jest lekko zaćmiona, jakby nachuchana, a więc przybłonek rogówki, ta naturalna i jedyna ochrona przed zakażeniem, był już chorobowo zmieniony. Pod wpływem protargolu zmniejsza się wydzielina z dnia na dzień wyraźnie i szybko, obrzmienie opada, a w ciągu 6 dni przybłonek rogówkowy staje się lśniącym i przeźroczystym. Po 25 dniach chory opuszcza oddział, jako wyleczony, z rogówką zupełnie nienaruszoną; pozostał tylko następowy przerost ciała brodawkowego.

II. A. W. dziewczyna 18-letnia, zgłasza się z ostrym śluzoropotokiem obydwu oczu. Pr. o. od 7 dni. Znaczne obrzmienie spojówki powiek i gałki. Obfita wydzielina ropna. Na rogówce głęboki wrzód w dolno-wewnętrznym kwadrancie, sięgający do najgłębszych warstw rogówki 4—5 mm. w średnicy, grożący przebiciem. L. o. od 4 dni. Stan spojówki podobny, jak na prawem oku. Rogówka czysta. Następnego dnia przebił wrzód rogówkę na pr. o. Wypadnięcie tęczówki. W ciągu dwu tygodni ciągłego stosowania protargolu, wydzielina bardzo powoli się zmniejsza, choć wyraźnie przybiera charakter więcej śluzowy. Mimo to wrzód na prawej rogówce ani o włos dalej nie postąpił, oczyszcza się. Lewa rogówka czysta. Chora na własne żądanie opuszcza stały oddział i przebywa dalsze leczenie ambulatoryjnie. Wynik korzystny. Gojenie wrzodu prawidłowe. Lewa rogówka nienaruszona.

III. H. G., lat 64, leczona w klinice okulistycznej. Pr. o. Spojówka silnie obrzmiała, ale już miękka, pokryta szarym nalotem, nie dającym się spłókać, po którego oderwaniu spojówka krwawi. Spojówka gałki obrzmiała (chemotyczna) tworzy szeroki wał, pokrywający znaczną część rogówki, tak że tylko środek jej widoczny. Po ostrożnem podniesieniu tego wału pręcikiem szklanym okazuje się podłużny naciek rogówki w dolno-zewnętrznym kwadrancie. L. o. przedstawia tylko objawy lekkiego nieżytu. Na drugi dzień pobytu w klinice spojówka powiek l. o. obrzmiewa, tworzy się obrzmienie spojówki gałki. Wydzielina śluzowo-ropna obfita. Po trzech dniach stosowania protargolu objawy te na oku lewem zupełnie ustąpiły, tak że do rozwinięcia się groźniejszych objawów ostrego śluzoropotoku wcale nie przyszło. Leczenie prawego oka stosownie do stanu, w jakim je podjęto, przebiegało również korzystnie, ale już po pierwszych 10 dniach stałego używania protargolu wpływ jego wyraźnie zaczął słabnąć. Wrzód, który się wytworzył w miejsce nacieku, nie okazywał wprawdzie i tu dążności do szerzenia się, ale wydzielina (już teraz nieobfita i cienka) również i obrzmienie spojówki nie ustępowały tak szybko, jakby sobie tego życzyć należało. Przystąpiono przeto do stosowania azotanu srebrowego, poczem wcale niedwuznacznie się okazało, że w tym okresie cierpienia działanie jego jest energiczniejsze i pewniejsze.

Z zestawienia tych trzech przypadków, z których każdy jest niejako przedstawicielem pewnej gromady, widać, że działanie protargolu w ostrym śluzoropotoku nie jest bynajmniej jednostajne. A mianowicie w przypadkach już **rozwiniętej choroby**, nawet z ciężkimi objawami, **ale zupełnie świeżych** (przyp. I.), działanie jego jest bezwarunkowo bardzo korzystne i szybkie. I tem bardziej przyznałbym mu w tych razach pierwszeństwo nad innymi środkami, że przy swoich wybitnych własnościach przeciwgnilnych, działa łagodnie, przy stósowaniu sprawia ból bardzo tylko nieznaczny i że brak mu wszelkich własności żrących, co już samo przez się mogłoby mu zapewnić wybitne znaczenie w leczeniu śluzoropotoku. Zresztą ta okoliczność, że we wszystkich przypadkach, któreśmy objęli w leczenie z nienaruszoną rogówką, nie przyszło do wytworzenia się jakichkolwiek powikłań na rogówce, mówi sama za siebie.

Powtóre w przypadkach **świeżego zakażenia**, a więc tam, gdzie gonokoki znajdują się w warstwach powierzchownych i nie miały jeszcze czasu przeniknąć do głębszych, protargol widocznie tamuje ich rozwój i wprost je zabija, przez co powstrzymuje dalszy rozwój choroby. Twierdzenie to poprzeć mogę niestety tylko jednem spostrzeżeniem (przyp. III. l. o.), gdyby jednakże (co napewno utrzymuje Darier) udało się je stwierdzić na większej liczbie przypadków, to posiadalibyśmy w protargolu środek, któremu naprawdę nie możnaby odmówić miana swoistego środka przeciw ostremu śluzoropotokowi.

Trzecią gromadę stanowią **przypadki zaniedbane**, w późniejszym okresie choroby i **powikłane z wrzodami** rogówki. Tu wyraźnie zarysowują się dwa szczegóły, które należy uwzględnić i od siebie odróżnić, t. j. wpływ protargolu na wydzielinę i na wrzody rogówkowe. I rzecz dziwna, o ile w pierwszej i drugiej gromadzie widzieliśmy szybkie zmniejszanie się wydzieliny i obrzmienia, o tyle w trzeciej zastanawia nas powolny skutek protargolu pod tym względem, tak że wydzielina, chociaż traci swój charakter ropny, ale zmniejsza się powoli. Nie ma klinicysty, którzy widząc ten obraz nie chwycił za azotan srebrowy. Mimo to wrzody nietylko nie okazują dążności do szerzenia się, lecz owszem widocznie się oczyszczają i przechodzą w okres gojenia. (Przyp. II i III o. pr.). Można to sobie tylko w ten sposób wytłómaczyć, że tajemnica korzystnego działania protargolu leży przeważnie w jego własnościach odkażających, zalety zaś jego jako środka ściągającego są w porównaniu z azotanem srebrowym znacznie mniejsze. Jeżeli to przyjmiemy, wyłoni się sam przez się najwłaściwszy sposób postępowania, za którym zresztą i doświadczenie kliniczne przemawia. A więc w świeżych przypadkach — protargol sam; w zaniedbanych i późniejszych okresach — protargol w słabych rozczynach, jako środek przeciwrzeżączkowy, i po staremu azotan srebrowy.

Sadzę, że usprawiedliwionem się wydaje na podstawie tych doświadczeń przyjęcie protargolu, choć może nie z entuzyazmem Dariera, ale z zasłużonem uznaniem, jako środka, który poważny stanowi postęp w leczeniu ostrego śluzoropotoku. A i to już bardzo wiele. Każdy, któremu niejednokrotnie przyszło walczyć z groźną tą, bo pozbawiającą setki ludzi światła dziennego chorobą [1]), potrafi z pewnością to ocenić. Wszyscyśmy doskonale rozumieli braki i niedostatki środków, któremiśmy rozporządzali, to też w piśmiennictwie znajdujemy pełno śladów usiłowań poprawy istniejących sposobów i wiele bezowocnych wysiłków. Jest to bezwątpienia wielką zasługą prof. Burchardta [2]), że jeden z pierwszych zerwał ze starym szablonem zwalczania bezpośrednio samego zapalenia i usiłował działać przeciw przyczynie wywołującej je t. j. zarazkom rzeżączkowym. Myśl dobra i zbawienna, chromała jednak w wykonaniu, nie posiadał bowiem prof. Burchardt środka, któryby działając zabójczo na gonokoki był równocześnie obojętnym dla rogówki, nie drażnił jej, a na całość przybłonka, już i tak walczącego ze szkodliwym wpływem wydzieliny rzeżączkowej, ujemnie nie wpływał. Istota sposobu Burchardta polega na tem, że zaniechał on zupełnie przyżegania silniejszymi rozczynami (2 i 3%) azo-

---

[1]) Ilość ociemniałych skutkiem ostrego śluzoropotoku w zakładach dla ciemnych rozmaitych krajów Europy waha się między 30 a 50%. W Niemczech i Francyi według obliczeń Begera z roku 1886 nawet 66%. Lehrbuch der Hygiene des Auges. Cohn 1892. S. 44.

[2]) Die Behandlung des Tripper-Augenflusses. Centralblatt für prakt. Augenheilkunde 1893. S. 321.

tanu srebrowego, odrzucił też zupełnie zimne okłady, a ogranicza się do dokładnego wypłókania (jak się wyraża: odkażenia) worka spojówkowego rozczynem lapisu 1:1000, które kilkakrotnie, najmniej 4 razy w ciągu dnia, powtarza. Wyniki prof. Burchardta były nader korzystne. Ściśle wedle przepisów podanych (co do szczegółów odsyłam do oryginału) stosowaliśmy ten sposób leczenia w roku 1894 na tutejszym oddziale ocznym. I okazało się, mimo nawet kilku przypadków uwieńczonych dobrym i względnie szybkim skutkiem, że ten sposób utrzymać się nie da i że go zaniechać należy. Przyczynę tego stanowi rogówka, która takiego długiego i energicznego działania nawet tak rozcieńczonego lapisu po prostu nie znosi. W jednym przypadku *(Blennorrhoea neonati!)* po dwu tygodniach bardzo korzystnego przebiegu, kiedy stan spojówki był już wcale znośny, a wydzielina dość cienka i nieobfita, wytworzyły się nagle wrzody na obydwu rogówkach, które dopiero po usunięciu przepłukiwań azotanem srebrowym i zastosowaniu zwykłego leczenia udało się opanować. Po dwu jeszcze zupełnie podobnych przypadkach musieliśmy zaprzestać stosowania tego sposobu. Otóż wszystkich tych ujemnych stron protargol nie ma i dlatego zdaje się być powołanym do tego, aby przy istotnych swoich zaletach urzeczywistnił w praktyce myśl Burchardta.

W ostatnich tygodniach miałem sposobność spostrzegania wpływu protargolu (10%) na zeskórnienie spojówki i rogówki *(Xerosis conj. et corneae)*, którą dość często w kraju naszym spotykamy, jako następstwo i zejście przewlekłej jaglicy. W pierwszych dwu tygodniach skutek był widoczny i jeśli zważymy bezsilność naszą wobec tego cierpienia, nawet znaczny, tak, że chory, który po przybyciu liczył palce ledwie na $^1/_2$ m., po 2 tygodniach mógł liczyć palce na $2^1/_2$ m. Z początkiem 3-go tygodnia nie mogłem zauważyć przez kilka dni żadnego postępu, a nawet jakby lekkie cofanie się. Chcąc zwiększyć skutek zastosowałem silniejszy 25% rozczyn — i następnego zaraz dnia stwierdziłem bardzo znaczne pogorszenie. Wróciłem więc do słabych rozczynów. Po zakropleniu 5% protargolu, rozcieram go lekko w worku spojówkowym, oprócz tego 2 krople na dzień. Po dwu dniach stan lepszy, niż był kiedykolwiek, dotąd jeszcze się utrzymujący. Jeżeli więc moglibyśmy się spodziewać wogóle jakichś korzyści po protargolu w leczeniu zeskórnienia, to tylko chyba z rozczynów słabych.

Na zakończenie nie godzi się pominąć milczeniem zainteresowania, jakie sprawa protargolu w świecie okulistycznym obudziła, a której wyrazem są liczne prace ogłoszone w czasopiśmie „Ophtalmologische Klinik". I tak w Nrze 11 zdaje prof. Pflüger z Berna sprawę z ujemnych wyników swoich badań nad protargolem, podobnież Dr. Walter z Odessy w Nrze 13.

Dwie wyżej przytoczone prace Dariera o protargolu ukazały się w Nrze 5 i 7 tegoż czasopisma; później ogłosił prof. Wicherkiewicz w Nrze 18 artykuł pod tytułem: „Meine Erfahrungen über das Protargol", w którym podaje wyniki swoich badań, wogóle zgodne z wynikami Dariera. Najważniejsza różnica leży w tem, że prof. Wicherkiewicz przypisuje protargolowi w leczeniu rozmaitych postaci nieżytów spojówek i jaglicy tylko poślednie znaczenie (minderwerthige Bedeutung). Przy końcu swej pracy podnosi jeszcze prof. Wicherkiewicz wątpliwość, „czy brunatne plamy na paznogciach panów asystentów pochodziły z protargolu, czy z azotanu srebrowego, wątpliwość, której nie chce rozstrzygać". Otóż bardzo łatwo można się przekonać, że jeśli się tylko dokładnie ręce myje mydłem i wodą, ani śladu jakichkolwiek plam na palcach, ani paznogciach nie ma. Nawet, jeżeli protargol, spływający obficie po policzkach pacyentów, ściera się tylko suchą watą, wystarcza to, aby uchronić od plam na twarzy. Wynika z tego, że brunatne plamy na paznogciach nie pochodziły z protargolu.

III. Z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra A. Obrzuta we Lwowie.

Periarteriitis nodosa.

Własny przypadek w połączeniu ze sprawozdaniem z pracy Kahldena

podał

Dr. Józef Krzyszkowski,
asystent Zakładu.

(Dokończenie).

Tyle co do miejsc makroskopowo zaznaczonych jako guziczki i guzek. Samo zaś rozszerzone naczynie przedstawia się jak następuje: Przedewszystkiem uderza zupełny brak błony sprężystej. Szczątków jej, pomimo przebarwienia eozyną lub fuksyną (jak radzi Kahlden), nigdzie nie dostrzegamy; najwyżej na paru preparatach, barwionych sposobem van Giesona, z wolniejszych miejsc tu i ówdzie domyślać się jej można. Co do śródbłonka, to jest on i tu wybujały: wybujanie to jednak nie tak jednostajne, jak w guzkach wyżej opisanych. Znajdują się miejsca ograniczone, lekko wypuklające się do światła naczynia, ułożone po stronie zwróconej do mięśnia, a dające obraz podobny do wybujałego śródbłonka w guziczkach A) lub B), — miejsca, gdzie zresztą prawidłowo wyglądający przybłonek jest niejako podminowany i przez delikatną bezpostaciową siateczkę, w okach której znajdują jedno — i wielojądrzaste leukocyty, ku światłu naczynia odsunięty. — i miejsca pośrednie, gdzie w zamian delikatnej siateczki znajdują się grubsze beleczki bezpostaciowe obok licznych leukocytów. Tu często spotykałem parę warstw komórek śródbłonka, współśrodkowo uszeregowanych; jądra ich w ogóle barwią się dobrze. Cała błona mięsna naciekła małemi, przeważnie mającemi cechę leukocytów, komóreczkami. Warstwa mięsna jużto utrzymana, jużto komórki mięsne przez leukocyty porozsuwane. Tak jak w poprzednich guzkach, tak i tu na preparatach, barwionych sposobem Weigerta, jądra niektórych komórek mięsnych barwią się nadzwyczaj silnie, innych zaś zaledwie obrysy są widoczne, zawierające wewnątrz liczne, drobne, ciemno zabarwione resztki chromatyny. Miejscami komórek mięsnych całkiem brak. Odgraniczenie błony zewnętrznej zwykle wyraźne, chociaż w wielu miejscach, odpowiadających owym guzkom, o odgraniczeniu żadnej z warstw mowy niema i cała ściana naczynia przedstawia mniej więcej jednolite wejrzenie. Odgraniczenie od skrzepu sprawia niekiedy znaczną trudność, zwłaszcza tam, gdzie podminowane komórki śródbłonka zostały prądem krwi oddarte a na ich miejsce powstał przyścienny skrzep. Światło naczynia jest w ogóle w znacznym stopniu skrzepem przyściennym zwężone.

O tętniakowem rozszerzeniu naczynia, oprócz wejrzenia makroskopowego i względnie znacznego ścieńczenia ściany, świadczy jeszcze podłużny drobnowidowy przekrój, wzięty na jego granicy. Preparaty ustalone w płynie Fleminga nie okazują zwyrodnienia komórek mięsnych. Badanie na drobnoustroje, przedsięwzięte na skrawkach, dało wynik ujemny. —

Zważywszy, że w wyżej opisanych przypadkach zmiany dotyczyły prawie wszystkich naczyń, w wielu wywołały typowe tętniakowate rozszerzenia, a cały przebieg choroby był bardziej przewlekłym, pierwsze pytanie, które musi się nam nasunąć, jest to, czy mamy tu rzeczywiście do czynienia z tą samą zmianą? Na pytanie to, wykluczywszy inne zmiany rozrodcze na naczyniach, możemy na podstawie makro- i mikroskopowych obrazów tem łatwiej odpowiedzieć, że one, jakkolwiek nie identyczne, jednak odpowiadają wynikom badań różnych autorów. Główną cechę tej zmiany, zawartą w tem słowie „nodosa", możemy tu dowodnie stwierdzić na widocznych gołem okiem guzkach przyściennych i na drobnowidowych ograniczonych wybujałościach w samem naczyniu.

Zapatrywanie P. Meyera co do pierwotnego pęknięcia błony mięsnej, następowego nacieku i wywędrowania ciałek białych, oraz zapatrywanie Eppingera co do wrodzonej kruchości (debilitas) błony sprężystej, zbija Kahlden tem, że z jednej strony trudno przypuścić, aby pod wpływem złych warunków bytu i zwiększonego parcia krwi, tylko błona mięsna i to tylko w pewnych miejscach pękała, jak z drugiej znów strony, by wrodzona wątłość błony sprężystej nagle w późniejszym wieku i to tylko na ograniczonych przestrzeniach sprowadzała jej pęknięcie, a tak jedno jak i drugie wywoływało bujanie warstwy śródbłonkowej.

Zapatrywania Weichselbauma, Morley-Fletchera i Kahldena mniej więcej zgadzają się: uważają oni za główną i pierwotną zmianę bujanie śródbłonka, — a Kahlden prócz tego idzie dalej i przyznaje tym wybujałym komórkom własność przerastania przez ściany naczynia i niszczenia tak błony sprężystej, jak i włókien mięsnych. Co do występowania pierwszych zmian, to Kahlden zachowuje się z pewnem zastrzeżeniem mówiąc, że zmiany śródbłonka zdają się tylko wyprzedzać inne, dowodów jednak nie przytacza. Osobiście, na licznych moich preparatach, nigdzie zmian ograniczających się li tylko do śródbłonka stwierdzić nie mogłem, a nawet, jeżeli nie równomierne, to raczej większe i wcześniejsze spotykałem w przestrzeni Virchow-Robina i w błonie zewnętrznej w małych naczyńkach.

Tak z krótkiego trwania choroby, mało posuniętych zmian, jak i z obrazów drobnowidowych wnoszę, że miałem do czynienia ze znacznie świeższym przypadkiem, niż wszystkie poprzednio opisane. Obrazy drobnowidowe uzyskane z mego przypadku, różnią się pod paru względami od obrazów z przypadku Kahldena. Po *1-sze*: Kahlden widział w małym guziczku dwie warstwy, odpowiadające wybujałej błonie wewnętrznej: jedną złożoną z nieregularnych małych komórek o niewyraźnych obrysach, o jądrze jasno lub ciemno zabarwionem i drugą warstwę, złożoną z tkanki podstawowej włóknistej, komórek, jużto wydłużonych z dwoma, jużto gwiazdkowatych z wieloma wypustkami. W moim przypadku jest tylko jedna warstwa powyżej opisana. Po *2-gie*: w przypadku Kahldena widać było wielką obfitość tych komórek gwiazdkowatych z wypustkami w błonie wewnętrznej i mięsnej.

Czy mój przypadek jest mniej posuniętym, czyli też jest inny powód, nie ulega jednak wątpliwości, że w moim przypadku niema typowych komórek z wypustkami (komórek wrzecionowatych wydłużonych za takie nie uważam, a spotykane w wielkim guzku wielkie protoplazmatyczne komórki leżą tylko przy samem świetle, a wypustki ich są bardzo niewyraźne). Skoro tych komórek niema, to w moim przypadku nie mogłem im przyznać własności przerastania błony sprężystej i mięsnej i niejako niszczenia ich, zwłaszcza, że największe zniszczenie, bo zupełny brak błony sprężystej, a w wielu miejscach i komórek mięsnych w błonie mięsnej, znajduje się tam, gdzie zmiany śródbłonka są bardzo małe lub żadne, gdyż śródbłonek zaledwo jest odsunięty przez rozpulchnioną (obrzękłą) błonę sprężystą i przez leukocyty.

Inna rzecz, że wobec tego trudno sobie wytłómaczyć obecność błony sprężystej lub jej szczątków tam, gdzie zmiany rozrodcze są największe, zwłaszcza, jeżelibyśmy przyjęli, że oba te stany różnią się tylko czasowo.

Zapatrywanie, które Kahlden wypowiada, jest wielkiej wagi i ono chyba może nam dać dość dobre tłómaczenie: musiał tu działać jakiś czynnik, czy to drobnoustroje, czy ich jady, ale należy przyjąć, że czynnik ten działał w równym stopniu na wszystkie warstwy ściany naczynia i wywoływał w nich zmiany zapalne, objawiające się jużto bujaniem śródbłonka, jużto rozpulchnieniem błony sprężystej, jużto wytworzeniem się tkanki ziarninowej i następowem zniszczeniem błony sprężystej na ograniczonych przestrzeniach, jużto naruszeniem ciągłości pierścienia komórek mięsnych. Przemawiałoby za tem równomierne rozłożenie zmian we wszystkich warstwach, znacznego stopnia leukocytoza, wytwarzanie się wypociny włóknikowej, (wprawdzie tylko na małych guziczkach i na ograniczonej przestrzeni widocznej) i wreszcie znacznego stopnia limfocytoza około dużego guzka.

Zmiany te z jednej strony wywołały zwężenie światła naczynia wskutek ograniczonego bujania śródbłonka, a z drugiej strony rozszerzenie wskutek osłabionej odporności ściany.

Czy zapalenie ostre nerek stoi w bezpośrednim związku, czy zmiany te objęłyby z czasem i resztę naczyń, dlaczego tylko w sercu i tylko w pewnych miejscach przyszło do ograniczonych wybujałości na naczyniach, — pytanie to musimy pozostawić nierozstrzygniętem.

Za zakażeniem kiłowem nie przemawiają obrazy histologiczne.

Że po badaniu bakteryologicznem we wszystkich podobnych przypadkach wiele spodziewać się można, powtarzać nie potrzebuję. Badanie to powinno o ile możności jak najrychlej, choćby *intra vitam*, być przeprowadzonem, gdyż możliwem jest, że drobnoustroje zadziaławszy giną, a dalej działają ich jady.

W moim przypadku nie mogłem wykryć histologicznie żadnych drobnoustrojów; badanie zaś bakteryologiczne nie było przeprowadzonem, z jednej strony wskutek nieświadomości, z czem mam do czynienia, a z drugiej strony wskutek uprzedzenia się w kierunku kiły.

Szanownemu Szefowi memu, Prof. Obrzutowi, dziękuję za światłe uwagi i zachętę do pracy.

IV. Wyciągi.

Kalmeyer: **Przyczynek do kazuistyki wyleczenia ogniska gruźliczego w móżdżku u dorosłych.** *(Bolniczn. Gazeta Botkina*, Nr. 49, r. 1898). Możliwość zupełnego wyleczenia ogniska gruźliczego w mózgu dotychczas w nauce nie jest dostatecznie stwierdzoną i różni autorowie różnie się na to zagadnienie zapatrują; wszyscy jednakże zgadzają się, że guzek taki może uledz zmianom wstecznym i stan chorego może się polepszyć. Wobec rzadkości przypadków tego rodzaju podaje autor następujący przypadek, spostrzegany początkowo przez Dra Hinzego, a następnie w ciągu ostatnich 8 lat przez autora:

U 30-letniej koszykarki wystąpiły w roku 1887 wymioty, ból głowy, zataczanie się przy chodzeniu. Badanie przedmiotowe wykazało: bolesność przy opukiwaniu w okolicy kości potylicznej, objaw Brach-Romberga, bezład móżdżkowy (ataxia cerebellaris), zapalenie nerwów wzrokowych, nerwobóle w lewej połowie twarzy z jednoczesnem znieczuleniem, które częściowo zajmowało i całą lewą połowę ciała, wzmożenie odruchów ścięgnistych, brak zmian w pozostałych narządach. Kobieta ta w ciągu pierwszych 4 lat trzykrotnie wracała do szpitala, stan jej jednak nie zmieniał się, stwierdzono tylko zanik nerwów wzrokowych i występowanie drgawek w lewej połowie ciała. W r. 1890 przypadek ten był przedstawiany na zebraniu lekarzy szpitalnych, jako typowy obraz guza móżdżkowego. Chora przez cały ten czas leczona była azotanem srebrowym, przez krótki czas arszenikiem, jodu i rtęci nigdy nie stosowano. Mimo rozpoznania zaniku obydwu nn. wzrokowych *(atrophia simplex)*, chora tyle jeszcze widziała, że bez żadnej pomocy mogła chodzić po salach. W r. 1896 chora znowu powróciła do szpitala, skarżąc się, że przed tygodniem dostała gorączki i że zrobił sie jej guz w sutku; stwierdzono zapalenie sutka *(mastitis)*, a prócz tego spostrzegano u niej napady padaczkowe. Po operacyi utrzymywała się gorączka o typie nieprawidłowym, niekiedy przerywanym; w szczytach stwierdzono przytłumienie odgłosu wypukowego, przedłużony wydech, rzężenia. Po 7 tygodniach chora opuściła szpital z polepszeniem, zapewniając już w tym czasie, że bóle głowy miewa bardzo rzadko i że wzrok jej poprawił się o tyle, iż w ostatnich latach mogła się zajmować krawieczyzną; odruchy kolanowe były jeszcze wzmożone, chód przy oczach zamkniętych nieco chwiejny. W lutym r. 1898 chora znów powróciła do szpitala i teraz badanie kliniczne wykazało: „*Meningitis cerebrospinalis infectiosa. Tuberculosis pulmonum. Nephritis. Influenza*". Po kilku dniach chora zmarła, a rozpoznanie anatomiczne brzmiało: „*Degeneratio parenchymatosa cordis. Pneumonia chronica interstitialis tuberculosa. Glomerulonephritis acuta. Meningitis purulenta acuta. Cicatrix cerebelli (?).* Badanie anatomiczne móżdżku wykazało: jądro zębate *(nucleus dentatus)* w środku stwardniałe, na przekroju jakgdyby bliznowato zaciągnięte zawiera żółtawo-białe pasemka, splot naczyniowy komory czwartej włóknistemi pasemkami pozrastany z powierzchnią *calami scriptorii.* Badanie drobnowidowe jądra zębatego nie wykazało ani tkanki bliznowatej, ani komórek olbrzymich, ani mas serowatych, znaleziono tylko przekrwienie, obfite nacieki okołonaczyniowe, nowotworzenie się naczyń, co przemawiało za rozszerzeniem się na krótki czas przed śmiercią sprawy zapalnej z opon na tkankę mózgową; wreszcie w komórkach zwojowych wykazano obfite złogi barwika. Autor pomimo to rozpoznaje wyleczone ognisko gruźlicze, tłumacząc brak zmian drobnowidowych tem, że od początku choroby minęło lat 10, że ognisko pierwotne było małe i że przedśmiertne zapalenie opon i mózgu mogło przyćmić obraz prawdziwy. Możliwość ropnia wyklucza autor na podstawie przebiegu sprawy, badania dna oka i badania pośmiertnego, a kiłę — na zasadzie: 1) wywiadów, 2) ustąpienia cierpienia bez swoistego leczenia przeciwkiłowego (NB. od r. 1890 do r. 1896 chora nie znajdowała się pod obserwacyą autora, a w tym właśnie czasie objawy guza móżdżkowego ustąpiły, autor zaś pomija milczeniem, czy chora w tym czasie leczyła się i w jaki sposób. — Przyp. referenta), 3) obrazu anatomicznego (? ref.). Przypadek ten jest interesujący również i ze względu na zachowanie się narządu wzrokowego: w r. 1890 stwierdzono zanik obydwu nerwów wzrokowych, a następnie wzrok chorej poprawił się o tyle, że mogła zajmować się nawet krawieczyzną i szyciem bielizny.

Dr. Gliński.

H. Kehr: **Jak, przez co i w jakich przypadkach kamicy żółciowej działa leczenie w Karlsbadzie i dlaczego zdania lekarzy z Karlsbadu i chirurgów tak bardzo się różnią pod względem rokowania i leczenia w tem cierpieniu.** *(Münch. med. Wchschr.*, 1898, Nr. 38). Na zagadnienia w tytule poruszone taką autor daje odpowiedź: 1) Leczenie wewnętrzne w Karlsbadzie zalecać należy chorym: a) z ostrem zamknięciem przewodu żółciowego, o ile sprawa przebiega zwyczajnie. Gdy bowiem napad ponad czas przewidywany się przewleka, gdy wystąpi gorączka, przyspieszenie tętna, objawy zapalenia przewodów żółciowych i t. p. powinno się chorych nakłaniać do operacyi; b) ze sprawami zapalnemi woreczka żółciowego, połączonemi z żółtaczką lub też bez niej, gdy występują rzadko i bez groźnych przypadków; c) z częstymi napadami kolki żółciowej, połączonej z równoczesnem odchodzeniem kamyków. Jeżeli bowiem kolka często się powtarza, a kamyków znaleźć nie możemy, wskazany jest zabieg operacyjny; d) cierpiącym na choroby ustrojowe (dna, moczówka cukrowa, otyłość) lub na choroby serca, nerek, płuc, ze względu na niebezpieczeństwa narkozy; e) wszystkim już po przebytej operacyi. Gdy kamień utkwi w przewodzie żółciowym, nakazane są środki tak zw. pędzące żółć, więc: *ol. olivarum, glycerinum, natrium salicylicum*, kwasy żółciowe. Gdy jednak kamyki leżą w pęcherzyku, ograniczyć się należy do działania przeciwzapalnego, a najlepiej temu wskazaniu czynimy zadość, wysyłając chorych do Karlsbadu. Wszelkie bowiem usiłowania przepchnięcia kamyków z pęcherzyka do jelit środkami wewnętrznymi, łączą w sobie więcej niebezpieczeństw, niż nóż chirurga.

2) W każdym jednak razie wskazaną jest operacya: a) w ostrem ropnem zapaleniu woreczka żółciowego i jego sąsiedztwa; b) po cierpieniach spowodowanych zrostami pęcherzyka z sąsiedztwem, zrostami, które pozostają po przebytej pod a) wspomnianej sprawie zapalnej *(peripyloritis, stenosis pylori ac duodeni, ileus)*; c) w przewlekłem zamknięciu przewodu żółciowego; d) w przewlekłem zatorowaniu przewodu pęcherzykowego *(hydrops, empyema)*; e) we wszystkich tych postaciach kamicy żółciowej, która jakkolwiek anatomicznie jest lekką, takie sprawia dolegliwości choremu, że mu nietylko bólami zatruwa każdą chwilę życia, lecz czyni go niezdolnym do sprawowania swych obowiązków; f) *cholangitis purulenta et abscessus hepatis*; g) po przedziurawieniu dróg żółciowych i zapaleniu otrzewnej; h) w przewlekłym morfinizmie, sprowadzonym przez kamicę, gdyż dopiero po usunięciu przyczyny, skutecznie możemy rozpocząć odzwyczajanie chorego od morfiny. *Herman.*

Richter: **Uwagi nad badaniem krwi w celach sądowo-lekarskich.** *(70-ty Zjazd niemiec. przyr. i lek. Düsseldorf, 1898). (Zts. f. Medicinalb.*, 1898, Z. 12). Płyn używany do uwidocznienia ciałek krwi nie powinien rozpuszczać barwika krwi, powinien zarysy ciałek uczynić widocznymi, w końcu zaś odświeżyć kształt ciałek. Doświadczenia, przeprowadzone z rozmaitymi, w tym celu używanymi płynami, przekonały autora, że wymogom tym w zupełności odpowiada 30% ług potasowy z następowem zastosowaniem płynu Paciniego. Wychodząc z założenia, że roztwory pepsyny przy ciepłocie pokojowej peptonizują włóknik, lecz nie peptonizują białka, robił autor doświadczenia z roztworem glicerynowym pepsyny (wyrób Grublera), pozostawiając badane plamy przez czas jakiś w tym płynie, poczem je rozdrabniał i pod mikroskopem oglądał. Podczas kiedy rozcieńczona gliceryna szybko rozpuszcza barwik krwi, a pod wpływem zgęszczonej glice-

ryny rozpadają się ciałka czerwone, to pod wpływem wspomnianego roztworu występują bardzo wyraźne zarysy ciałek czerwonych, tak że autor zaleca płyn ten, jako w zupełności odpowiadający celom sądowo-lekarskim, zwłaszcza, że preparaty dają się przechowywać. *Horoszkiewicz.*

Strassmann: **Nowy objaw przy spaleniu.** *(Ztschr. f. Med. Beamte*, 1898, Beilage). Autorowi przysłano do ocenienia przypadek, w którym należało rozstrzygnąć, czy u kobiety, znalezionej zwęgloną w łóżku, było przyczyną śmierci działanie wysokiej ciepłoty, czy też uraz w głowę, za czem przemawiałoby rozległe wynaczynienie krwi, znalezione między oponą twardą a czaszką po stronie prawej. Skrzep krwi był w niektórych miejscach 5 mm. gruby, czaszka nigdzie nie była uszkodzona. Podejrzenie padło na męża, któremu zarzucono, że po dokonaniu morderczego czynu podpalił łóżko, by w ten sposób zatrzeć ślady swej zbrodni. Przypadkiem stwierdził Strassmann na krótki czas przedtem w przypadku śmierci ze spalenia podobny objaw; że w tym ostatnim wypadku nie był powodem wynaczynienia uraz, lecz działanie płomienia, wynikało z tego, iż znaleziony skrzep krwi otoczony był warstwą stopionego tłuszczu. Doświadczenia podjęte w tym kierunku przez Strassmanna wykazały dowodnie, że przy silnem miejscowem działaniu płomienia na nieuszkodzoną czaszkę krew zawarta w kościach odpowiedniej okolicy zostaje z nich wypartą, naśladując w ten sposób krwiak powstały po urazie. *Horoszkiewicz.*

G. Joachimsthal: **O istocie i leczeniu biodra szpotawego.** *(Volkmanna Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 215).* Zaledwie 10 lat mija od czasu, w którym E. Müller poraz pierwszy opisał objawy biodra szpotawego (coxa vara), a już literatura tego przedmiotu wzrosła bardzo znacznie tak, że dziś liczba ogłoszonych rozpraw przekroczyła dawno 50.

Anatomicznie cierpienie to polega na zmniejszeniu się kąta między trzonem a szyjką kości udowej, łukowatem odgięciu szyjki ku tyłowi i równoczesnem okręceniu szyjki wzdłuż jej osi długiej. Poza tem zmian anatomicznych, właściwych temu cierpieniu, nie znajdujemy, ale one same wystarczają do wywołania całego szeregu objawów. Chory utyka i uskarża się na znaczne upośledzenie ruchów w biodrze, znacznie przykrzejsze, gdy zmiany te wystąpią obustronnie. Przy badaniu nie znajdujemy żadnych zmian zapalnych, stwierdzamy skrócenie kończyny, krętarz duży przesunięty ponad linią Roser-Nelatona, odwodzenie kończyny znacznie upośledzone przy swobodnem przywodzeniu, okręcanie na wewnątrz udaje się tylko w małym stopniu, podczas gdy rotacya na zewnątrz dokonać się daje pozornie nawet w stopniu nadmiernym. Rzadziej napotykamy już zmiany na niekorzyść zginania. Pouczającem jest orjentowanie się o stanowisku krętarza dużego przy pomocy trójkąta Bryant-Ogstona. U chorego, leżącego spokojnie na plecach, kreślimy prostopadłą od przedniego górnego kolca kości biodrowej do podstawy; ze szczytu krętarza wielkiego kreślimy drugą prostopadłą do poprzedniej, a trzecią łączącą przedni górny kolec kości biodrowej i krętarz wielki zamykamy trójkąt Br.-Ogst., który w stosunkach prawidłowych jest równoramiennym. W biodrze szpotawem trójkąt ten zmienia swój kształt, a głównie ramię prostopadłe (od szczytu krętarza wielkiego) staje się krótszem. Biodra szpotawe obserwowano, jako cierpienie wrodzone, nabyte skutkiem krzywicy u dzieci, u ludzi dorastających (c. v. adolescentium), polegające wedle Kochera na sprawie zapalnej w szyjce. Nadto spostrzegano tu i ówdzie biodro szpotawe w ogólnem rozmiękczeniu kości, w zapaleniu stawów zniekształtniającem, w gruźlicy st. biodrowego, po złamaniach kości udowej, wygojonych z takiem przesunięciem odłamków, które powoduje adukcyą kończyny i t. p. Rokowanie, co do *restitutio ad integrum* niepomyślne. Leczenie w początkach polega na wyciąganiu, mięsieniu i t. p. W przypadkach daleko posuniętych ze znacznem upośledzeniem ruchomości zalecają wypiłowanie stawu (Bruns, Hoffa, Kocher, Maydl), osteotomię podkrętarzową (subtrochanterica) (Hofmeister), osteotomię szyjki klinowatą (cuneiformis colli) (Rydygier, Kraske) i osteotomię liniową (linearis) (Büdinger). *Herman.*

Dr. C. A. Elsberg: **O ranach serca i ich szyciu.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1898, Nr. 43). 52 zwierząt, królików i psów, musiało poświęcić swe serce dla doświadczeń autora. Rozmiary ran były rozmaite, raz kłóte szpilką, kiedy indziej przepoławiały serce. Rany drążące, zadane szpilką na komorach, były zupełnie obojętne dla życia zwierzęcia. Po pewnym czasie, dłuższym na komorze prawej, krwawienie zresztą nieznaczne, ustawało. Natomiast na przedsionkach te same rany nierzadko sprowadzały śmierć ze skrwawienia, jeżeli poprzednio nie założono szwu. Rany, zadane nożykiem 2 mm. szerokim, wywoływały śmiertelny krwotok z obu przedsionków i komórki prawej, obfitsze zaś krwawienie, ustające po pewnym czasie z komórki lewej. Przy tych ranach zmiana w czynności serca była tylko nieznaczna. Następny skurcz opóźniał się i kilka minut utrzymywała się niemiarowość (arytmia), która była szczególnie wyraźna w chwili przekłówania przysierdzia i śródsierdzia. Bardzo rozległe rany, które odcinały całe części serca, lub dzieliły je na dwie połowy, zaszywał autor i utrzymywał zwierzęta przy życiu, jeżeli tylko przez założenie tymczasowej przewiązki powyżej rany, zapobiegał gwałtownemu skrwawieniu się. Szwy zakładał autor ciągłe i węzełkowe i radzi te ostatnie zawiązywać w chwili rozkurczu, gdyż w przeciwnym razie t. j. przy zawęźleniu w chwili skurczu, podczas dalszej czynności serca przecinają one tkankę. Szwem zachwytywał przysierdzie i tkankę mięśniową powierzchowną. Podczas szycia niemiarowość (arytmia) stawała się wyraźną. Jakkolwiek autor zadawał rany w różnych kierunkach a unikał tylko górnej części przegrody komór, gdzie leży układ koordynacyjny Kronecker-Schmey'a, nigdy serce nagle bić nie przestało. *Herman.*

Prof. Stroganoff: **O patogenezie rzucawki porodowej (eklampsyi).** *(Wracz.* Nr. 48, 49, 50, r. 1898). Autor, zajmując się już od dłuższego czasu patogenezą rzucawki porodowej, przyszedł do przekonania, że cierpienie to jest chorobą zakaźną, co w swoim czasie podał do ogólnej wiadomości; obecnie zaś przytacza tylko dalsze dowody na potwierdzenie swoich zapatrywań. Zapatrywania te opiera autor na statystycznych danych, zebranych z najważniejszych zakładów położniczych w Rosyi, i na danych, ogłoszonych w sprawozdaniu prof. Zweifla z Lipska, a obejmujących ogółem około 1500 przypadków rzucawki. Z danych tych, zebranych w kilka tablic, okazuje się: 1) Ilość przypadków rzucawki w praktyce prywatnej jest znacznie mniejszą, niż ilość spostrzeganych w zakładach, pomimo że porodów poza zakładami odbywa się znacznie więcej, niż w zakładach; 2) pomimo, iż przeważna liczba przypadków rzucawki dostaje się do zakładów, liczba ta jednak jest znacznie mniejsza od przypadków, które rozwijają się na miejscu w samych zakładach: 75% chorych na rzucawkę, obserwowanych w zakładach, dostaje jej w samychże zakładach; 3) przypadek rzucawki wyjątkowo tylko pozostaje odosobnionym w szpitalu, zazwyczaj zaś w krótkim przeciągu czasu pojawiają się nowe przypadki, tak że niekiedy powstaje jakby cała epidemia, pomimo iż w innych tego rodzaju zakładach w tym czasie rzucawki niema zupełnie: 33% ogólnej liczby przypadków występuje przed upływem 6 dni po pierwszym przypadku rzucawki, przyczem najczęściej 1-szy napad u poprzednio zupełnie zdrowych ciężarnych miejscowych zjawia się w 4—18 godzin po wstąpieniu do zakładu chorej na rzucawkę; 4) do 22 dnia po wstąpieniu do szpitala chorej na rzucawkę ilość nowych miejscowych przypadków jest jeszcze wciąż znaczną, później zaś rzucawka u ciężarnych miejscowych występuje już tylko bardzo rzadko i t. d. W dalszym ciągu omawia autor istniejące dotychczas teorye powstawania rzucawki i, pomijając teorye: nerkową i nerwową, jako sprzeczne, jego zdaniem, z bardzo wielu ogólnie znanymi i uznanymi faktami, zajmuje się szczegółowo teoryą samo-

zatrucia, jako mająca najwięcej cech prawdopodobieństwa, lecz i tej odmawia znaczenia. W końcu streszcza autor w następujący sposób swoje zapatrywania na rzucawkę. Rzucawka jest to ostra choroba zakaźna, wywołana przez zarazek lotny, zakażający ustrój drogą narzadu oddechowego. Zarazek ten jest mało jadowity i znajduje warunki do dalszego rozwoju prawie wyłącznie u ciężarnych w końcu ciąży, u rodzących i u położnic wkrótce po porodzie; może się udzielać także i noworodkom bez względu na płeć. Zarazek ten jest dość odporny, zachowując swą jadowitość w warunkach szpitalnych około 3 tygodni. Okres wylęgania trwa około 3—20 godzin, za czem przemawiać się zdają także spostrzeżenia rzucawki u noworodków (3 przypadki w piśmiennictwie: u jednego noworodka rzucawka wystąpiła w 6 godzin po 1-szym napadzie u matki, u 2 go w $9^{1}/_{2}$ godz., u 3-go w 19 godzin). Skutkiem nieuznawania rzucawki za chorobę zakaźną szerzy się ona głównie w zakładach położniczych. Szczególniejszem usposobieniem do tego cierpienia odznaczają się pierwiórdki, dalej ciężarne z ciążą mnogą, wreszcie ciężarne z chorobami nerek. Zwiększająca się w ostatnich czasach częstość rzucawki zależy od większego skupiania się ludzi w wielkich miastach i przepełnienia szpitali, co wobec nieuznawania tej choroby za zakaźną i pomijania przy niej wszelkich środków ostrożności ułatwia zakażenie. Radzi więc autor odosabniać w szpitalach chore z rzucawką, ściśle odwietrzać sale, na których pozostają, a wtedy zmniejszenie się ilości szpitalnych przypadków rzucawki najlepiej stwierdzi słuszność jego zapatrywań, nim badania bakteryologiczne wykryją swoisty zarazek. Pracy swej autor nie uważa jeszcze za ukończoną i przyrzeka w krótkim czasie przedstawić nowe dane dla stwierdzenia swych poglądów.

Dr. Gliński.

Dr. W. Fieber: **O guziku Murphyego; niekorzystne spostrzeżenie po jego użyciu.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1898 Nr. 40). Dawniej już Chaput, Dawbarn, Routier, Preindlsberger i in. potracili chorych, u których celem zespojenia odcinków po wycięciu jelita użyli guzika Murphyego. W tych wszystkich przypadkach nastąpiła śmierć skutkiem zamknięcia otworu w guziku zbitym kałem lub ciałami obcemi. To samo zdarzyło się u chorej, o której w tej rozprawce pisze T. W uwięzgniętej przepuklinie nastąpiła zgorzel jelita, które wskutek tego zresekowano i następnie połączono guzikiem M. W dwa dni później chora umiera wśród objawów niedrożności przewodu pokarmowego, a sekcya wykazuje, że w otworze guzika utkwiła pestka ze śliwki, zatykając go szczelnie, jak korek.

Herman.

Dr. Schumburg: **Technika badania odkażań formaliną.** (*Deutsche Med. Wochenschrift* 1898, Nr. 52). Przyrządy do odkażań formaliną mnożą się jak grzyby po deszczu. Każdy taki przyrząd polecają wynalazcy jako najlepszy, tymczasem wyniki z jednym i tym samym przyrządem u różnych badaczy bywają rozmaite. Musi więc tkwić w samej technice tych prób dobroci przyrządu odkażającego jakiś błąd. Zanim się zabrać można do ocenienia siły odkażającej pewnego sposobu, należy, jak wiadomo, usunąć wszelkie pozostałości środka odkażającego z przedmiotów badanych. Większość badaczy odkażań formaliną posługiwała się w tym celu zgęszczonym rozczynem amoniaku, ponad którym trzyma się przedmiot odkażony lub w którym się go opłukuje przez chwilę. Następnie przedmioty, uwolnione od pozostałości formaldehydu, wkłada się do pożywki. Amoniak i formalina mają w ten sposób połączyć się w heksametylentetramin, nie mający własności odkażających. Tymczasem tak się wcale nie dzieje, jak dowiodły próby autora. Mimo zostawienia nitek jedwabnych przez całą dobę w zgęszczonym rozczynie amoniaku zdołał w nich autor wykryć pokaźną ilość formaliny. Tak więc formalina przylega długo do przedmiotów. — Następnie pokazało się, że suche nitki z zarodnikami wąglika, używanymi zazwyczaj za probierz skuteczności formaliny, wchłaniają niewiele formaliny, zaś wilgotne nitki wcale dużo. Jeżeli więc nie widać wzrostu drobnoustrojów na przedmiotach odkażonych, włożonych do pożywek, to może to pochodzić od wpływu formaldehydu gazowego, pozostałego jeszcze w przedmiotach i powstrzymującego rozwój, a nie od siły odkażającej formaliny. Wszystkie te doświadczenia nad skutecznością formaliny, w których posługiwano się pożywkami stałemi (agarem), nie mają znaczenia. Jedynym sposobem pewnym jest tylko dawny sposób, polecony przez Kocha, to jest, że używać należy znacznego rozcieńczenia zapomocą drobnych przedmiotów, jak nitek, kulek szklannych i wielkiej ilości płynnej pożywki (bulionu). Hodowla bulionowa i doświadczenia na zwierzętach są jedynie pewnymi sposobami do ocenienia siły odkażającej przyrządów formalinowych.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

S. Gottschalk: **Przyczynek do leczenia rozpadającego się raka szyjki macicznej, nie nadającego się do operacyi.** (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1899, Nr. 3). Po dokładnem wyskrobaniu i przypaleniu żegadłem Paquelina nacieku nowotworowego, okrawa autor 2—3 ctm. poniżej nacieku błonę śluzową pochwy dokoła i oddziela od tkanki podśluzowej walcowaty płat błony śluzowej w kierunku od dołu ku górze. Następnie tak otrzymany płat wpukla w lejkowatą jamę nacieku i przytrzymuje w tem położeniu tamponami z gazy jodoformowej. Już po kilku dniach zlepiają się przeciwległe powierzchnie ranne płatu błony śluzowej i w pochwie w górze, tuż poniżej nacieku nowotworowego, wytwarza się przegroda całkowita, powstrzymująca na pewien czas krwawienia i cuchnące upławy. Tampony usuwa się po tygodniu.

Wło.

Picard H.: **Przypadek choroby Weila.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1898, Nr. 47). Stosunkową rzadkością choroby Weila usprawiedliwia autor ogłoszenie przypadku własnego tej choroby, który odznacza się kilkoma niezwykłymi szczegółami. Jak wiadomo choroba ta, nie posiadająca dotąd znanej przyczyny, wydarza się zazwyczaj u rzeźników. Tak było również w przypadku Picarda. Chory, 46 l., w czasie podróży Renem na statku, zachorował nagle bez wyraźnych objawów zwiastunowych. Poprzednio miał nie uważać na dobór potraw, jadał dużo i pijał wiele wody wprost z Renu. Ciepłota w pierwszym dniu choroby podwyższona (38·9), znamienna dla choroby Weila trójca objawów: żółtaczka, białkomocz i bóle łydkowe, biegunka, powiększenie wątroby i śledziony. Z przebiegu należy podnieść, że stolce były zupełnie odbarwione, w tym więc przynajmniej przypadku można twierdzić, że żółtaczka, co do źródła której w chorobie Weila zdania są podzielone, była pochodzenia zastoinowego. W dalszym przebiegu wysuwały się na pierwszy plan, znaczna biegunka, wymioty, nudności. Bardzo silne bóle łydkowe z ustąpieniem żółtaczki również ustały. W drugim tygodniu choroby ilość moczu zmalała znacznie, aż doszło do chwilowego bezmoczu, co znów wobec równoczesnych kurczów rozmaitych mięśni pozwala zestawić chorobę Weila z cholerą i ciężką choleryną.

Z dodatkowych objawów wymienia autor w tym przypadku żółtowidzenie, zdarzające się zresztą w silnej żółtaczce i osutkę skórną w postaci plamistego rumienia *(erythema)*. Gorączka ustąpiła w 5 i 6 dniu choroby przez powolne ubywanie *(per lysim)*; w 16 jednak dniu, zdaje się wskutek zaziębienia się chorego, a może samoistnie, nawrót choroby, z zapaleniem płuc, a w 17 dniu śmierć. Zazwyczaj choroba Weila kończy się przecież pomyślnie. Autor przypuszcza, że zapalenie płuc powstało wskutek usadowienia się nieznanego nam dotąd swoistego drobnoustroju choroby Weila w tym narządzie, jako nawrót choroby, i temu przypisać należy niezwykły obrót.

Przypadek wydarzył się w prywatnej praktyce autora, nie zakończył się tedy rozbiorem zwłok.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Hepar siccatum. Według badań Maireta i Viresa, podanie wyciągu z wątroby sprowadza u zdrowego człowieka obniżenie ciepłoty ciała i zwiększenie ilości moczu, w którym równocześnie zauważano znaczniejszą ilość mocznika i fosforanów; stolce mają być obfitsze i płynne. Gilbert i Carnot podawali wyciąg z wątroby suchotnikom, przez co łagodniały objawy ostre, w szczególności krwotoki i krwioplucie. Zalecają też używanie tego środka przy krwotokach nosowych, macicznych, marskości wątroby i t. d. Herrmann zachęca gorąco do podawania wyciągu wątrobowego przy marskości wątroby, połączonej z nagromadzeniem się płynu w jamie brzusznej *(ascites)*.

Hypophysis cerebri sicc. pulv. A. Schiff podaje, że środek ten wpływa w pewnych razach na przemianę materyi, a mianowicie sprowadza rozkład tkanki kostnej. Stąd też zalecają niektórzy (A. Fränkel) leczenie akromegalii zapomocą podawania przysadki mózgowej.

Lien sicc. pulv. W ostatnich czasach zaleca H. E. Wood podawanie wyciągu ze śledziony w przewlekłych przypadkach choroby Basedowa. Z konieczności jednak na razie próby w tym kierunku są nader ograniczone; wyciąg ten bowiem podany w dawce skutecznej wewnętrznie, wywołuje zaburzenia żołądkowe i wymioty, a wstrzyknięty podskórnie — miejscowe zapalenie z następowem ropieniem.

Mammae sicc. w kołaczykach sporządzonych ze świeżych wymion krów; kołaczyk odpowiada 1 gr. świeżej substancyi gruczołu, a jedna część suchej substancyi równoważy prawie 9 części świeżego gruczołu. Robet Bell używał tego środka przy włókniakach macicy i otrzymywał bardzo dobre wyniki. Dawka suszonego gruczołu wynosi 0,3—0,6 gr. 3 razy dziennie, co odpowiada 8—15 kołaczykom.

Medulla ossium rubra. O leczeniu tym środkiem jeszcze nie wiele da się powiedzieć. Różni autorowie stósowali go w plamicy krwotocznej, białaczce prawdziwej i rzekomej, a W. O. Mann miał nawet spostrzegać pewne uśmierzenie zaburzeń psychicznych u umysłowo chorych.

Ovaria sicc. pulv. (Ovarialum). Opierając się na licznych już doświadczeniach wielu autorów, możemy jajniki uważać za środek swoisty przeciwko zaburzeniom, towarzyszącym okresowi przechodowemu, zarówno występującemu samoistnie, jakoteż i sztucznie wywołanemu. Seeligmann zaleca też stosowanie tego środka w chorobie Basedowa (3 razy dnia po 1 kołaczyku).

Pulmones sicc. pulv. Przetwór sporządzony z miąższu płucnego młodych i silnych owiec. Brunet podawał środek ten w cierpieniach płucnych, w szczególności suchotnikom i zauważył niejakie polepszenie ogólnego stanu chorych. Wstrzykiwał on od 3—5 cm.³ soku płucnego podskórnie, lub podawał 10 cm.³ rano naczczo wewnętrznie z małą domieszką wody. Grande, stosując przez czas 5 miesięcy po 4—5 gr. dziennie środka tego w postaci suchej, widział także znaczne polepszenie w przypadkach gruźlicy.

Renes sicc. pulv. Concetti i Leon Jacquet stosowali wyciąg z nerek, sporządzony zapomocą gliceryny, w dawkach od 1 do 5 cm.³ podskórnie w przewlekłem i ostrem zapaleniu nerek; otrzymywali przytem dobre wyniki, gdyż ilość białka malała, ilość moczu zwiększała się i ogólny stan się poprawiał. W przypadkach ostrych, połączonych z mocznicą, ilość moczu wzrasta znacznie; trudniej o to w przypadkach zapaleń przewlekłych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. J. Żychoń.

Sternberg (Berlin) ogłasza doświadczenia (*Kl. ther. Woch.* 39 1898) z nowym środkiem znieczulającym, *anesonem* (acetonchloroform), zalecając go gorąco do użycia, gdyż nie wywołuje objawów szkodliwych (17,0 jeszcze nie wywołuje objawów zatrucia), działa zaraz po wstrzyknięciu, znieczula prawie zupełnie nawet wśród spraw zapalnych w skórze (phlegmone), a przed znieczulaniem sposobem Schleicha ma przez to pierwszeństwo, że używa się mniej płynu. *F. K.*

Saalfeld ulepszył stosowany w Ameryce przyrząd do rozpylania wyskoku mydlanego, który bywa używany przeciw trądzikowi i łupieżowi głowy w ten sposób, że ciepłota płynu rozpylanego wynosi 45°, przez co osiąga się znacznie szybszy i wybitniejszy skutek. (*Ther. Mtschft.* 10. 1898). *F. K.*

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Podatek zarobkowy lekarzy. Jednemu z lekarzy w Austryi wyższej odrzuciły władze podatkowe sprzeciw, wniesiony wskutek przesadnego wymiaru podatku zarobkowego. Izba lekarska, do której zwrócił się poszkodowany, zasięgnęła wiadomości u władzy podatkowej w Linzu i otrzymała w odpowiedzi wyjaśnienie, że na przyszłość podatek zarobkowy będzie lekarzom wogóle wyżej wymierzany. Wobec tego uchwaliła Izba lekarska postarać się o to, ażeby wszystkie Izby austryackie wniosły zbiorowe przedstawienie do głównej komisyi kontyngentowej w Wiedniu, zaznaczając niekorzystne warunki bytu lekarzy, oraz aby prosiły ministeryum finansów o powoływanie wysłanników Izb lekarskich do komisyi okręgowych lub uwzględnianie opinii Izb przy wymiarze podatku. (*Allg. Wiener med. Ztg.*, 1899, Nr. 4).

Kasy chorych lekarskie. Za przykładem kilku stowarzyszeń lekarskich wiedeńskich przystąpił związek lekarzy niemieckich na Morawach po dokładnem rozpatrzeniu sprawy, na podstawie ścisłych obliczeń i zdania zawodowych znawców, do założenia lekarskiej kasy chorych. Kasa ta wejdzie w życie, skoro tylko zgłosi się stu członków. Zapomogę z kasy pobierać będą mogli niezdolni do pracy lekarze najwyżej przez ciąg jednego roku. Przez pierwszych 100 dni wynosić ma zapomoga 3 złote reńskie dziennie, przez dalszych 200 dni 2 złr., jeżeli lekarz będzie zupełnie do pracy niezdolny; jeżeli zaś będzie mógł częściowo zarobkować, przyjmując chorych u siebie w domu, to zapomoga ma wynosić po 2 złr. dziennie aż do upływu 300 dni. Do kasy przyjęci będą wszyscy lekarze, nie liczący jeszcze lat 60; starszym jednakże zapewniono przyjęcie do kasy przez pierwszych pięć lat jej istnienia za opłatą podwójnej rocznej wkładki. Wkładka ta, według obliczeń, ma wynosić niewielką stosunkowo kwotę 22 złr. 52 ct. rocznie (przy stu członkach kasy). Nadto każdy członek kasy płaci jednorazowo wpisowe w kwocie 10 złr., za co w przypadku śmierci ubezpieczonego otrzyma jego rodzina jednorazową odprawę w kwocie 100 złr. Lekarz, chcący należeć do kasy, musi wykazać się wiarogodnem (t. j. przez izbę lekarską wystawionem) świadectwem, że wykonuje swój zawód lekarski. Prawa do korzystania z zapomóg nabywa się dopiero po upływie 2 miesięcy od chwili wstąpienia do kasy. Ubezpieczenie, to jest wypłata zapomóg odnosi się nietylko do chorób, ale także do nieszczęśliwych wypadków. (*Prager. med. Woch.*, 1899, Nr. 4).

Podobną kasę usiłuje utworzyć niemiecka sekcya Izby lekarskiej praskiej. Odszkodowanie dzienne ma wynosić 4 złr. aż do 140 dni choroby; w przypadku śmierci otrzymuje rodzina zmarłego jednorazowo 100 złr. Roczne wkładki mają wynosić: do lat 30 — 21·60 złr., od 30—50 — 32·40 złr. od 50—60 — 43·20 złr. Kasa ta dotąd nie weszła w życie, zapewne z tego powodu, że według obliczeń istnienie kasy wymaga stosunkowo znacznej liczby uczestników, mianowicie najmniej trzystu. Pod tym względem organizacyę kasy morawskiej uważać należy za znacznie praktyczniejszą. (*Wr klin. Rund.* 1899. Nr. 5).

Wobec tego, że ubezpieczenie lekarzy na starość, jakoteż zapewnienie bytu wdowom i sierotom po każdym bez wyjątku lekarzu, okazały się w obecnych warunkach prawie niewykonalne, zasługuje na uznanie i naśladowanie pomysł częściowego przynajmniej zaradzenia złemu w postaci kas chorych. Nie mogąc zdobyć się na stałą rentę dla lekarzy, niezdolnych już do pracy, powinnibyśmy starać się przynajmniej o to, do czego zmierzają lekarze morawscy, to jest o jednoroczną jaką taką dla nich zapomogę, i o pomoc dla kolegów, złożonych chorobą. Wykonanie tej myśli jest niepomiernie ułatwione przez to, że istnieją już gotowe i jak-

najdokładniej opracowane wzory, według których można się pokierować. Do przeprowadzenia sprawy z natury rzeczy powinnyby czuć się powołane Izby lekarskie. Jeżeliby jednak one przeprowadzić jej nie mogły, czyby nasze Towarzystwa lekarskie nie mogły myśli tej podjąć? *Dr. A.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 2 lutego 1899 r.

— Na posiedzeniu Tow. lek. krak. we środę d. 1 b. m. przedstawił kol. Rutkowski szereg chorych z kliniki chirurgicznej, przez siebie operowanych, a kol. prof. Bujwid mówił o sposobie wykrywania arsenu zapomocą pleśniowca. W rozprawach przemawiali koll.: Ciechanowski, Gertler, Kryński, Seńkowski, Surzycki i Wróblewski.

(Pc.) Przy otwarciu klinik położniczej i okulistycznej we Lwowie, które, jak donosiliśmy, odbyło się we środę dnia 25 z. m. przy udziale władz rządowych, autonomicznych i licznego grona dostojnych gości z bliższych i dalszych stron, wygłosili profesorowie Mars i Machek świetne wykłady, poruszające poważne zagadnienia natury ogólniejszej.

Prof. Mars podniósł w swoim wykładzie znaczenie zakładów położniczych nietylko pod względem strony naukowej i humanitarnej, ale także dla gospodarstwa krajowego. Porównawszy statystyczne dane z dwóch sąsiednich prowincyi t. j. Moraw i Galicyi, wykazał mowca, że skutkiem o wiele rzadszej pomocy zawodowej przy porodach, śmiertelność rodzących i położnic w Galicyi przewyższa stosunkowo więcej, niż dwukrotnie, śmiertelność, stwierdzoną na Morawach. Odpowiednio do tego jest także znacznie większą u nas liczba chorych po porodach, w szczególności zaś liczba chorych z takiemi trwałemi cierpieniami, że nie mogąc pracować na swe utrzymanie, stają się ciężarem dla społeczeństwa; z najskromniejszych nawet obliczeń wynika, że utrzymanie tych chorych obarcza corocznie gospodarstwo krajowe ciężarem co najmniej miliona złr. Koszt założenia i utrzymania zakładów położniczych, udzielających bezpośrednio pomocy rodzącym i kształcących odpowiednie siły zawodowe, wynosi zaledwo drobną część tej sumy, jaką traci obecnie społeczeństwo; stąd też tworzenie zakładów jest w swoim rodzaju oszczędnością w gospodarstwie krajowem i to oszczędnością bardzo znaczną.

Prof. Machek zaznaczył olbrzymi postęp, jakim się nauka okulistyki w bieżącem stuleciu poszczycić może, a który zawdzięcza przedewszystkiem zużytkowaniu do swych celów ściśle przyrodniczych sposobów badania. Omówiwszy epokowe wynalazki, jak wziernik oczny Helmholtza, leczenie jaskry zapomocą wycięcia tęczówki, oparte przez Graefego na zbadaniu sprawy ciśnienia śródocznego, oraz ścisłe badania refrakcyi i jej zboczeń, które nauka zawdzięcza Dondersowi, wykazuje mowca obfite dobroczynne skutki tych nabytków wiedzy dla chorej ludzkości, zaznaczając, że przez te nabytki stanęła okulistyka na wysokim poziomie, tak pod względem naukowych podstaw badania, jak i pod względem wyników leczenia.

— Dzienniki donoszą, że wydział lekarski krakowski uchwalił większością głosów przedstawić na katedrę chirurgii, opróżnioną przez śmierć nieodżałowanej pamięci prof. Obalińskiego, — Dra Kadera, docenta z Wrocławia. Mniejszość wydziału miała zaś ze swej strony przedstawić »terno«: Prof. Trzebicky, Doc. Kader, Doc. Schramm. — Należy przytem sprostować błędną wiadomość dzienników, że kandydatem wydziału jest »Dr. Kader z Łodzi«. — Doc. Dra Kadera powołano do objęcia dyrekcyi szpitala w Łodzi, ale dopiero po ukończeniu budującego się właśnie pawilonu chirurgicznego; obecnie zaś przebywa Dr. Kader stale we Wrocławiu, jako docent tamtejszego uniwersytetu.

— Zanim nasz warszawski korespondent zda czytelnikom »Przeglądu« sprawę z dalszych czynności młodego a ruchliwego tamtejszego Towarzystwa higienicznego, należy podnieść energię, z jaką grono to zmierza do założenia uzdrowisk dla suchotników i piękny przykład objawiającej się przytem ze strony lekarzy obywatelskiej ofiarności. Mianowicie koledzy S o k o ł o w s k i i D u n i n, podnosząc, że w zakładaniu uzdrowisk liczyć należy przedewszystkiem na inicyatywę prywatną i pomoc samego społeczeństwa, złożyli pierwsi na cele uzdrowisk po tysiąc rubli.

— Redakcyę lwowskiego »Przeglądu weterynarskiego« objął prof. St. K r ó l i k o w s k i (w miejsce prof. S z p i l m a n a).

— Strejki lekarzy przeciw wyzyskującym ich kasom chorych pojawiać się zaczynają także we Francyi. I tak w Marmande towarzystwo wzajemnej pomocy, odgrywające rolę kasy chorych, musiało zawiesić swe czynności wskutek jednolitego wystąpienia 5 miejscowych lekarzy, żądających odpowiedniego wynagrodzenia za swe czynności.

— Dr. E. Rościszewski, znany specyalista chirurg, donosi nam, że z d. 1 lutego b. r. osiadł w Przemyślu.

— W Monachium otwarto świeżo pierwszy zakład dla suchotników, zbudowany w stosunkowo krótkim czasie dzięki energicznym zabiegom osobnego stowarzyszenia, którego prezesem jest znany prof. v. Ziemssen. Zakład liczy 90 łóżek; oprócz lekarza kierującego, zatrudniać ma jednego asystenta.

— W Anglii, gdzie już w r. 1895 około $^1/_3$ ogółu dzieci uchylała się od szczepienia, obecnie zapanowały jeszcze gorsze stosunki od chwili zaprowadzenia osławionego nowego prawa o szczepieniu. Jak wiadomo, prawo to uwalnia od szczepienia każde dziecko, którego ojciec udowodni przed władzą, że »sumienie jego nie pozwala mu« zaszczepić dziecka. Skutek tego jest taki, że np. w Littledean sąd w ciągu 8 godzin załatwił 700 (!) takich spraw i to po myśli stron. Sąd w Luton, złożony widocznie z przeciwników szczepienia, uchwalił uwolnień podobnych udzielać bezpłatnie. I to dzieje się w ojczyznie wielkiego Jennera! Jakby na dobitek, szerzą się obecnie w Anglii w sposób zastraszający dwie sekty: »Peculiar People«, i »Christian Scientist«. Pierwsza uważa choroby za dopust Boży i zakazuje wzywać lekarza i w ogóle leczyć się; druga uważa choroby i ból za złudzenie, a leczyć się zaleca »duchowo« zapomocą modłów kapłanek sekty, działających także na odległość... Ta druga sekta jest przytem bezczelnie wyzyskującą, bo za lecznicze modlitwy każe sobie słono płacić. Jakie rozmiary przybrała ta opłakana i szalona propaganda, świadczy okoliczność, że ten sam rząd, który dopuścił do nowych praw o szczepieniu, uznał za stósowne przeciw nowym sektom energicznie wystąpić.

Mianowania. Tytularny prof. Dr. N e s s e l w Pradze mianowany profesorem nadzwyczajnym dentystyki — Docent Dr. L o d e mianowany profesorem higieny w Innsbrucku. — Dr. H. P a c a n o w s k i mianowany ordynatorem szpitala starozakonnych w Warszawie.

Zmarli: Dr M o s z c z y ń s k i w Otwocku; Dr. S o k o l n i c k i w powiecie Pułtuskim. — Znakomity zoolog prof. C l a u s w Wiedniu. Prof. A. S o c i n w Bazylei; zmarły pracował głównie w dziale chirurgii dróg moczowych; napisał znakomite dzieło o chorobach gruczołu krokowego i uważany był za wielką powagę w tym przedmiocie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 4: Dr. K o s s a k o w s k i Wł.: Rumień lombardzki. Dr. P a w i ń s k i J.: O samopomocy organizmu w dusznicy bolesnej (c. d.). S a k s J.: Przypadek porodu przez drogę niezwykłą. W *Medycynie* Nr. 4: Dr. K r a u s e L.: O drewnowatem nacieczeniu zapalnem tkanki łącznej. K o p c z y ń s k i St.: Bezład dziedziczny czyli choroba Friedreicha (dok.). N i s e n s o n D.: Kilka uwag o leczeniu dławca błoniczego. W *Kronice lekarskiej* Nr. 2: R a b e k L.: Trzy przypadki tężca, leczone surowicą przeciwtężcową. Dr. H e w e l k e O.: Stan współczesny teoryi zaraźliwości suchot płucnych. W *Postępie okulistycznym* Zeszyt I.: Prof. W i c h e r k i e w i c z: 1) Kilka słów w sprawie rozmiękczenia rogówki u noworodków, 2) Przetoki rogówkotwardówkowe po operacyi zaćmy powstałe. Dr. T a l k o: Ropień powieki górnej, jako przyczyna ropo-posocznicy.

Redakcya otrzymała:

— Dr. M. W. H e r m a n: Ueber Localanaesthesie und die Grenzen ihrer Anwendung. Wiedeń, 1898. Odbitka.

— Dr. A. S c h u d m a k: Cosaprin als neues Antipyreticum und Antirheumaticum in der Kinderpraxis. Wiedeń. 1899. Odbitka.

— Dr. B i e r n a c k i E.: Spostrzeżenia nad glikolizą. Warszawa, 1898. Odbitka.

— T e n ż e: Wybrzeża belgijskie. Odbitka z »Medycyny«.

— Prof. B r o w i c z: O zjawiskach krystalizacyi w komórce wątrobowej. — O śródnaczyniowych komórkach we włoskowatych, krwionośnych naczyniach zrazików wątroby. — W sprawie pochodzenia melaninu w nowotworach barwikowych. — Sztuczna krystalizacya hematoidyny w komórce mięsaka barwikowego. Kraków, 1899.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS

na posadę Dyrektora szpitala, na razie powiatowego, w Gorlicach ogłasza Wydział powiatowy w Gorlicach. Ubiegający się o tę posadę spisać mają przy podaniu swoje *curiculum vitae*, dołączając świadectwo z odbytych praktycznych studyów lekarskich i udokumentowane w ten sposób podania wnieść do 1 kwietnia 1899 r. pod adresem Wydziału powiatowego w Gorlicach. Pożądaną jest dłuższa praktyka szpitalna i dowód biegłości w dziale chirurgicznym.

Do posady powyższej przywiązana jest roczna pensya 700 złr. od dnia otwarcia szpitala, to jest od 1 września 1899. Oprócz obowiązków, określonych bliżej krajową instrukcyą dla Dyrektorów szpitali prowincyonalnych, Dyrektor nowo zbudowanego szpitala w Gorlicach zastosować się będzie musiał do tych zarządzeń Komitetu szpitalnego, z ramienia Wydziału powiatowego wyznaczonego, jakie tenże Komitet tak co do wewnętrznego urządzenia szpitala, jak i co do administracyi wydawać uzna za odpowiednie.

Z Wydziału powiatowego 83 2 3

Gorlice, dnia 2 stycznia 1899.

Galiński, sekr. *K. Sczaniecki,* prezes.

OBWIESZCZENIE.

Przy kasie chorych kopalni węgla c. k. uprzywilejowanej kolei północnej cesarza Ferdynanda obsadzoną będzie od 1 marca 1899 r. posada lekarza z siedzibą w małych Kunczycach na Śląsku pod następującymi warunkami:

1. Lekarzowi przydzielonych zostanie do leczenia około 700 członków kasy chorych kolei północnej, zamieszkałych w małych Kunczycach, wielkich Kunczycach, Bartowicach i Ratimowie. Honoraryum wynosi 1 złr. 25 ct. za członka, za rok.
2. Lekarz kasy chorych może wykonywać prywatną praktykę w swoim obwodzie, poza granicami zaś przydzielonego mu obszaru tylko za wyraźnem porozumieniem się z naczelnikiem kasy chorych.
3. Kasa nie zwraca kosztów wydanych na jazdy.
4. Potrzebną jest znajomość języka niemieckiego i czeskiego albo polskiego; wymagane jest świadectwo odbytej praktyki lekarskiej. 84 2 3

Zresztą może każdy ubiegający się obeznać się, a w razie otrzymania posady musi zobowiązać się do przestrzegania instrukcyi, którą można przejrzeć w inspektoracie górniczym kolei północnej w Ostrawie morawskiej.

Pisemne podania należy wnosić do 15 lutego b. r. do naczelnika kasy chorych kopalni węgla kamiennego c. k. kolei północnej w Ostrawie morawskiej.

W podaniu powoływać się można tylko na załączone urzędowe świadectwa lub legalizowane odpisy tychże.

Z zarządu gwarectwa kopalni węgla c. k. uprz. kolei półn. Cesarza Ferdynanda.

Ostrawa morawska, 17 stycznia 1899.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.